Washington State Department of Social & Health Services

Transforming lives

Отчёт об инвалидности

Disability Report

Медицинское решение об инвалидности
DSHS 14-144A

В форму отчёта об инвалидности DSHS 14-144A заносятся сведения об инвалидности клиента, медицинские свидетельства и история трудовой деятельности; эти сведения необходимы Отделу по определению инвалидности (Division of Disability Determination, DDDS) для установления медицинской инвалидности.

Форма DSHS 14-144A заводится специалистом по социальному обслуживанию (SSS) и специалистом финансовой службы (FSS). Специалист по сициальному обслуживанию (SSS) или специалист финансовой службы (FSS) должен проследить, чтобы в форме были указаны отдел социального обеспечения (CSO) и номер телефона. Отметьте соответствующий квадрат для указания цели подаваемого запроса на определение инвалидности: в целях получения медицинской помощи без субсидий (Non-Grant Medical Assistance, NGMA) либо для целей медицинского обслуживания работников с инвалидностью (Healthcare for Workers with Disabilities, HWD). Включите заполненную форму в комплект документов, подаваемых в связи с запросом об определении инвалидности.

1. Специалист по сициальному обслуживанию (SSS) или специалист финансовой службы (FSS) заполняет заголовок, где указывает имя, фамилию и номер социального обеспечения (SSN) клиента, а также заболевание, ставшее причиной инвалидности клиента.

2. Специалист по сициальному обслуживанию (SSS) или специалист финансовой службы (FSS) может помочь клиенту заполнить Часть 1 – Сведения о Вашем состоянии. Точные даты указывать не требуется, но месяц и год должны быть указаны.

3. Специалист по сициальному обслуживанию (SSS) или специалист финансовой службы (FSS) может помочь клиенту заполнить Часть 2 – Сведения о Вашей истории болезни и медицинская документация. Важно внести как можно более детальные сведения о врачах и источниках лечения.

4. Специалист по сициальному обслуживанию (SSS) или специалист финансовой службы (FSS) может помочь клиенту заполнить Часть 3 – Сведения о Ваших занятиях. Специалист по сициальному обслуживанию (SSS) или специалист финансовой службы (FSS) должен проверить приводимые здесь сведения, чтобы удостовериться, что в них чётко отражены ограничения клиента.

5. Специалист по сициальному обслуживанию (SSS) или специалист финансовой службы (FSS) может помочь клиенту заполнить Часть 4 – Сведения о Вашем образовании. Необходимо указать, проходили ли занятия в школе по программам специализированного образования.

6. Специалист по сициальному обслуживанию (SSS) или специалист финансовой службы (FSS) может помочь клиенту заполнить Часть 5 – Сведения о Вашей работе. Конкретных работодателей указывать не требуется, необходимо лишь описать виды трудовой деятельности.

7. Специалист по сициальному обслуживанию (SSS) или специалист финансовой службы (FSS) может помочь клиенту заполнить пункт 1 Части 6 – Примечания. Пункты 2–6 заполняются специалистом по сициальному обслуживанию (SSS) или специалистом финансовой службы (FSS).

Washington State Department of Social & Health Services

Transforming lives

Отчёт об инвалидности

Disability Report

Медицинское решение об инвалидности

ЗАПРОС НА:

☐ Медицинскую помощь без субсидий (NGMA)

☐ Медицинское обслуживание для работников с инвалидностью (HWD)

Эта форма заполняется работником социального обеспечения в ходе собеседования с заявителем или его (её) представителем. **Пожалуйста, напечатайте, впишите печатными буквами или разборчивым почерком все данные и ответьте на все пункты как можно точнее. Ответьте на все вопросы. Полные ответы помогут быстрее обработать заявку. *Если Вам требуется больше места для ответа на какие-либо вопросы, перейдите к части 6 или приложите листы бумаги.***

1. ИМЯ И ФАМИЛИЯ / ПСЕВДОНИМ ЗАЯВИТЕЛЯ	2. НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	3. НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД РЕГИОНА)

4. КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ТРЕТЬЕЙ СТОРОНЫ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД РЕГИОНА)
	АДРЕС	

5. В ЧЁМ СОСТОИТ ВАШЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, СТАВШЕЕ ПРИЧИНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ? КРАТКО ОПИШИТЕ ТРАВМУ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВАМ РАБОТАТЬ.

Часть 1. Сведения о вашем состоянии

1. Когда Ваше состояние впервые доставило Вам беспокойство? _____
   МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД

	ДА	НЕТ
2A. Работали ли Вы после даты, указанной выше в пункте 1? Если Вы ответили **НЕТ**, то перейдите к пунктам 3A и 3B ниже.	☐	☐
2B. **Если Вы ответили «да» на любой вопрос пункта 2A,** то заставило ли Ваше состояние внести изменения в:		
Вашу работу или рабочие обязанности?	☐	☐
Ваши часы работы?	☐	☐
Вашу явку на работу?	☐	☐
Что-либо ещё в Вашей работе?	☐	☐

2C. **Если Вы ответили «да» на любой вопрос пункта 2B,** то поясните, какие произошли изменения в Вашей работе, укажите даты изменений и объясните, как Ваше состояние обусловило их необходимость:

3A. Когда Ваше состояние окончательно привело к приостановке Вашей трудовой деятельности? _____
МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД

3B. Поясните, каким образом Ваше состояние не позволяет Вам работать в настоящее время:

Часть 2. Сведения о вашей истории болезни и медицинская документация

1. Внесите, пожалуйста, следующие сведения о враче, у которого находится последняя по времени медицинская документация о Вашем заболевании, являющемся причиной инвалидности:	☐ **Пометьте этот квадрат, если Вы ни разу не наблюдались врачом по поводу своего заболевания, являющегося причиной инвалидности.**
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВРАЧА / ПОЛИКЛИНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД РЕГИОНА)
АДРЕС	ДАТА ВАШЕГО ПЕРВОГО ПОСЕЩЕНИЯ ЭТОГО ВРАЧА
БОЛЕЗНЬ ИЛИ ТРАВМА, ПО ПОВОДУ КОТОРОЙ ВЫ ПРОХОДИЛИ ОБСЛЕДОВАНИЕ ИЛИ ЛЕЧЕНИЕ	ДАТА ВАШЕГО ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ ЭТОГО ВРАЧА
ВИД ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ ПРИНИМАЕМЫЕ ЛЕКАРСТВА (Т.Е. ОПЕРАЦИЯ, ХИМИОТЕРАПИЯ, ОБЛУЧЕНИЕ, А ТАКЖЕ ЛЕКАРСТВА, ПРИНИМАЕМЫЕ ВАМИ В СВЯЗИ С БОЛЕЗНЬЮ ИЛИ ТРАВМОЙ, ЕСЛИ ОНИ ВАМ ИЗВЕСТНЫ.) ЕСЛИ НЕ ПРОХОДИЛИ ЛЕЧЕНИЕ И НЕ ПРИНИМАЕТЕ ЛЕКАРСТВ, НАПИШИТЕ НЕТ.	

2. Обращались ли Вы к другим врачам после начала своего заболевания, являющегося причиной инвалидности?
   ☐ Да ☐ Нет **Если да, то ответьте на следующие вопросы:**

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВРАЧА / ПОЛИКЛИНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД РЕГИОНА)
АДРЕС	ДАТА ВАШЕГО ПЕРВОГО ПОСЕЩЕНИЯ ЭТОГО ВРАЧА
БОЛЕЗНЬ ИЛИ ТРАВМА, ПО ПОВОДУ КОТОРОЙ ВЫ ПРОХОДИЛИ ОБСЛЕДОВАНИЕ ИЛИ ЛЕЧЕНИЕ	ДАТА ВАШЕГО ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ ЭТОГО ВРАЧА
ВИД ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ ПРИНИМАЕМЫЕ ЛЕКАРСТВА (Т.Е. ОПЕРАЦИЯ, ХИМИОТЕРАПИЯ, ОБЛУЧЕНИЕ, А ТАКЖЕ ЛЕКАРСТВА, ПРИНИМАЕМЫЕ ВАМИ В СВЯЗИ С БОЛЕЗНЬЮ ИЛИ ТРАВМОЙ, ЕСЛИ ОНИ ВАМ ИЗВЕСТНЫ.) ЕСЛИ НЕ ПРОХОДИЛИ ЛЕЧЕНИЕ И НЕ ПРИНИМАЕТЕ ЛЕКАРСТВ, НАПИШИТЕ НЕТ.	

Если с момента начала этого заболевания или травмы Вы обращались к другим врачам, приложите дополнительные страницы с вышеуказанными сведениями.

3. Проходили ли Вы лечение в больничных условиях в связи со своим заболеванием, являющимся причиной инвалидности? ☐ Да ☐ Нет
   Если да, то ответьте на следующие вопросы:

НАИМЕНОВАНИЕ БОЛЬНИЦЫ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД РЕГИОНА)
АДРЕС	
ДАТЫ ПОСЕЩЕНИЙ И ПРИЁМОВ	
БОЛЕЗНЬ ИЛИ ТРАВМА, ПО ПОВОДУ КОТОРОЙ ВЫ ПРОХОДИЛИ ОБСЛЕДОВАНИЕ ИЛИ ЛЕЧЕНИЕ	
ВИД ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ ПРИНИМАЕМЫЕ ЛЕКАРСТВА (Т.Е. ОПЕРАЦИЯ, ХИМИОТЕРАПИЯ, ОБЛУЧЕНИЕ, А ТАКЖЕ ЛЕКАРСТВА, ПРИНИМАЕМЫЕ ВАМИ В СВЯЗИ С БОЛЕЗНЬЮ ИЛИ ТРАВМОЙ, ЕСЛИ ОНИ ВАМ ИЗВЕСТНЫ.) ЕСЛИ НЕ ПРОХОДИЛИ ЛЕЧЕНИЕ И НЕ ПРИНИМАЕТЕ ЛЕКАРСТВ, НАПИШИТЕ НЕТ.	

4. Если Вы были в других больницах в связи со своим заболеванием или травмой, то ответьте не следующее:

НАИМЕНОВАНИЕ БОЛЬНИЦЫ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД РЕГИОНА)
АДРЕС	
ДАТЫ ПОСЕЩЕНИЙ И ПРИЁМОВ	
БОЛЕЗНЬ ИЛИ ТРАВМА, ПО ПОВОДУ КОТОРОЙ ВЫ ПРОХОДИЛИ ОБСЛЕДОВАНИЕ ИЛИ ЛЕЧЕНИЕ	
ВИД ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ ПРИНИМАЕМЫЕ ЛЕКАРСТВА (Т.Е. ОПЕРАЦИЯ, ХИМИОТЕРАПИЯ, ОБЛУЧЕНИЕ, А ТАКЖЕ ЛЕКАРСТВА, ПРИНИМАЕМЫЕ ВАМИ В СВЯЗИ С БОЛЕЗНЬЮ ИЛИ ТРАВМОЙ, ЕСЛИ ОНИ ВАМ ИЗВЕСТНЫ.) ЕСЛИ НЕ ПРОХОДИЛИ ЛЕЧЕНИЕ И НЕ ПРИНИМАЕТЕ ЛЕКАРСТВ, НАПИШИТЕ НЕТ.	

Если Вы обращались в другие больницы или клиники в связи со своим заболеванием или травмой, то укажите наименования лечебных учреждений, а также даты и основания для посещений и приёмов в части 6, или приложите дополнительные страницы.

5. Проходили ли Вы какие-либо из нижеуказанных обследований в прошлом году? Пометьте внизу соответствующие квадраты, и если ответили «да», то укажите, где и когда проводилось обследование.

АНАЛИЗ / ОБСЛЕДОВАНИЕ	ДА	НЕТ	ГДЕ ПРОВОДИЛОСЬ	КОГДА
Электрокардиограмма	☐	☐		
Рентгенография грудной клетки	☐	☐		
Рентгенография других органов (укажите каких):	☐	☐		
Обследование дыхания	☐	☐		

Анализы крови	☐	☐		
Иное обследование (поясните):	☐	☐		

Часть 3. Список лекарств

НАИМЕНОВАНИЕ ЛЕКАРСТВА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВРАЧА, ВЫПИСАВШЕГО ЛЕКАРСТВО	ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ПРИЁМА ЛЕКАРСТВА

Если Вам требуется больше места для перечисления всех лекарств, приложите дополнительные листы бумаги с вышеуказанными сведениями.

Часть 4. Сведения о вашем образовании

1. **Сколько классов в школе Вы закончили?** _____ В каком году? _____
2. Посещали ли Вы училище, профессионально-техническое учебное заведение или курсы специальной подготовки? ☐ Да ☐ Нет **Если да, то ответьте на следующие вопросы:**

ВИД УЧИЛИЩА, ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ ИЛИ КУРСА	ПРИМЕРНЫЕ ДАТЫ ПОСЕЩЕНИЯ

ОПИШИТЕ, КАК ЭТО ОБУЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАЛОСЬ В ВАШЕЙ РАБОТЕ

Если клиент посещает школу, предоставьте следующие данные.

НАЗВАНИЕ, АДРЕС И ТЕЛЕФОН ШКОЛЫ

УЧИТЕЛЬ

Часть 5. Сведения о вашей трудовой деятельности

Укажите все места работы за последние 15 лет до прекращения работы, начиная с Вашей основной работы. Это означает работу, которой Вы занимались дольше всего. Если Ваше образование включало не более 6 классов И ПРИ ЭТОМ Вы занимались только тяжёлым неквалифицированным трудом в течение 35 лет или дольше, то укажите все места Вашей работы с начала трудовой деятельности. Если Вам требуется больше места, приложите дополнительные страницы или используйте часть 6.

ДОЛЖНОСТЬ	ВИД ПРЕДПРИЯТИЯ	С	ПО	ДНЕЙ В НЕДЕЛЮ	СТАВКА ЗАРПЛАТЫ (В ЧАС, НЕДЕЛЮ, МЕСЯЦ ИЛИ ГОД)

2A. На своей основной указанной выше работе Вы:

	ДА	НЕТ
Использовали какие-либо машины, инструменты или оборудование?	☐	☐
Использовали технические знания или навыки?	☐	☐
Писали, заполняли отчёты или выполняли другие сходные обязанности?	☐	☐
Имели обязанности по контролю за другими?	☐	☐

2B. По всем пунктам, на которые Вы ответили «да», предоставьте полное описание следующего: видов машин, инструментов или оборудования, которые Вы использовали, и точные операции, которые Вы выполняли; технические знания и навыки, которые Вы применяли; характер выполнявшихся Вами письменных работ и составленных отчётов; число людей, находившихся под Вашим контролем и степень Вашего контроля за их работой.

2C. Охарактеризуйте тип и объём физической деятельности, которая требовалась для Вашей основной работы в обычные дни, пометив внизу наиболее подходящие ответы.

Сколько часов в день Вы:	Ходили?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
	Стояли?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
	Сидели?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8

Как часто в день Вы: Наклонялись? ☐ Никогда ☐ Время от времени ☐ Часто ☐ Постоянно

Тянулись к чему-либо? ☐ Никогда ☐ Время от времени ☐ Часто ☐ Постоянно

Поднятие и перенос вещей: опишите, что Вы поднимали и на какое расстояние переносили.

Самый тяжёлый поднимаемый Вами вес: ☐ 10 фунтов ☐ 20 фунтов ☐ 50 фунтов ☐ 100 фунтов ☐ Свыше 100 фунтов

Какой вес Вам приходило часто поднимать или переносить?
☐ До 10 фунтов ☐ До 25 фунтов ☐ До 50 фунтов ☐ До 100 фунтов

Часть 6. Примечания

1. Используйте этот раздел для дополнений к ответам на любые предыдущие вопросы. Также используйте это место для предоставления любой дополнительной информации, которая, на Ваш взгляд, может оказаться полезной при принятии решения по Вашему заявлению в связи с инвалидностью (например, сведения о других болезнях и травмах, не указанных выше).

Заполняется лицом, проводящим собеседование

2. Говорит ли заявитель по-английски? ☐ Да ☐ Нет Если нет, то на каком языке он(а) говорит?

3. Нужна ли заявителю помощь в обработке его (её) заявления? ☐ Да ☐ Нет
Если да, то внесите контактную информацию третьей стороны на Стр. 1.

4. Отметьте, с какими из нижеуказанных трудностей (если они были) Вы столкнулись в ходе собеседования с заявителем.

☐ Чтение ☐ Письмо ☐ Ответы на вопросы ☐ Слух
☐ Сидение ☐ Понимание ☐ Использование рук ☐ Дыхание
☐ Зрение ☐ Ходьба ☐ Иное (поясните):
☐ ТРУДНОСТЕЙ НЕ ОТМЕЧЕНО

Если какие-либо из вышеуказанных пунктов были отмечены, то опишите точно, в чём состояли трудности:

5. Текущее обследование / результаты обследования по программе ABD? ☐ Да ☐ Нет

   ☐ Медицинский осмотр; дата: _____

   ☐ Обследование психического здоровья; дата: _____

6. Опишите заявителя подробно (общее сложение, рост, вес, поведение, какие-либо трудности в дополнение к вышеуказанным и т.д.):

ПОДПИСЬ ЛИЦА, ПРОВОДИВШЕГО СОБЕСЕДОВАНИЕ ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЛИЦА, ПРОВОДИВШЕГО СОБЕСЕДОВАНИЕ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)
НОМЕРА ТЕЛЕФОНА ЛИЦА, ПРОВОДИВШЕГО СОБЕСЕДОВАНИЕ (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОСТИ)	ОТДЕЛ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ